

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

393

Année 1892

THÈSE

No

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 26 juillet 1892, à 1 heure.

Par NICOLAS VÉLIMIROVITCH

Né à Lozovic (Serbie), le 10 mars 1865

Ancien externe des hôpitaux de Paris

Médaille de bronze de l'Assistance publique.

ÉTUDE

SUR LA

PLEURÉSIE MÉDIASTINE

EN PARTICULIER CHEZ L'ENFANT

Président : M. DEBOVE, professeur.

Juges : MM. PETER, professeur.

GILBERT
CHANTEMESSE } *agregés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, rue Casimir-Delavigne, 2

1892

Année 1892

THÈSE

No

393

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 26 juillet 1892, à 1 heure.

Par NICOLAS VÉLIMIROVITCH

Né à Lozovic (Serbie), le 10 mars 1865

Ancien externe des hôpitaux de Paris

Médaille de bronze de l'Assistance publique.

ÉTUDE

SUR LA

PLEURÉSIE MÉDIASTINE

EN PARTICULIER CHEZ L'ENFANT

Président : M. DEBOVE, professeur.

Juges : MM. PETER, professeur.

GILBERT
CHANTEMESSE } *agregés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, rue Casimir-Delavigne, 2

—
1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHEL.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique...	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TILLAUD.
Pharmacologie.....	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	STRAUS.
	{ SEE (G.).
Clinique médicale.....	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ PETER.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	BALL.
Clinique des maladies nerveuses.....	CHARCOT.
	{ VERNEUIL.
Clinique chirurgicale.....	{ LE FORT.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT et REGNAULD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	RIBEMONT-DESSAIGNES.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	RICARD.
BLANCHARD.	GLEY.	NETTER.	ROBIN (Albert).
BRISAUD.	HANOT.	POIRIER, Chef des tra-	SCHWARTZ.
BRUN.	HUTINEL.	vaux anatomiques.	SEGOND.
CAMPENON.	JALAGUIER.	QUENU.	TUFFIER.
CHANTEMESSE.	KIRMISSON.	QUINQUAUD.	VILLEJEAN.
CHAUFFARD.	LETULLE.	RETTNER.	WEISS.
DEJERINE.	MARIE.	REYNIER.	

Secrétaire de la Faculté : M. PUFIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

ETUDE
SUR LA
PLEURÉSIE MÉDIASTINE
EN PARTICULIER CHEZ L'ENFANT

AVANT-PROPOS

Pendant notre externat dans le service de notre maître, M. le professeur Grancher, nous avons eu l'occasion d'observer deux petits malades atteints de pleurésie médiastine. Au début, le diagnostic avait présenté certaines difficultés surtout chez l'un d'eux qui, outre sa pleurésie médiastine avait eu une péricardite. Notre maître sut tirer de l'étude des symptômes présentés par l'enfant des déductions fort intéressantes qui permirent de faire le diagnostic de la maladie qu'il offrait. Les événements d'ailleurs en démontrèrent la justesse. Plus tard en appliquant nous-même ces données de M. le professeur Grancher, nous sommes arrivé à poser le diagnostic d'une pleurésie médiastine chez un enfant de 17 mois. Ce diagnostic fut confirmé par M. le Dr Hutinel et M. le Dr Martin de Gimard, les faits cliniques dont il s'agit sont intéressants par leur

rareté. De plus ils ne paraissent encore avoir fait le sujet d'aucun travail d'ensemble. Nous avons donc pensé qu'il pourrait être utile de les réunir et d'en faire l'objet de notre thèse.

Nous sommes très reconnaissant à M. le professeur Grancher de ses leçons, et du bienveillant intérêt qu'il nous a témoigné pendant l'année que nous avons eu le bonheur de passer dans son service.

Nous prions MM. les D^{rs} Martin de Gimard et L. Guinon, chefs de clinique, de recevoir aussi l'assurance de notre excellent souvenir pour les enseignements multiples que nous leur devons.

Nous nous faisons encore un devoir et un plaisir d'inscrire ici les noms de M. le D^r Delens et de M. le D^r Aud'houi dont nous avons été externe, et de M. le D^r Schwartz, qui nous a prodigué des soins les plus empressés pendant notre maladie.

Nous remercions M. le professeur Debove de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Nos excellents amis M. le D^r Aviragnet, ancien interne des hôpitaux et M. A. Bergé, interne des hôpitaux, nous ont fourni une aide précieuse dans la rédaction de notre travail. Nous les en remercions bien vivement.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

La pleurésie médiastine est sans contredit de toutes les pleurésies partielles celle, dont l'étude clinique a été la moins faite.

C'est à peine si les classiques en font mention, et tout juste s'ils n'en contestent pas la possibilité ou la réalité. C'est que, en effet, on n'a pas souvent l'occasion d'observer cette affection qui se trouve, en somme, être assez rare (1).

On constate que les auteurs classiques signalent seulement en quelques lignes, à côté des pleurésies diaphragmatique et interlobaire, l'existence de la pleurésie médiastine, mais sans donner à son étude aucun développement didactique.

Laënnec dans son traité de l'*Auscultation médiate*, en parlant de l'anatomie pathologique des pleurésies partielles, dit, avoir rencontré fréquemment dans le médiastin antérieur des épanchements de la valeur d'une à deux cuillerées à bouche.

Dans son traité de *Clinique médicale*, Andral rapporte trois observations de pleurésie médiastine, dont l'une seulement est complète. Ce grand observateur avait soup-

(1) Les auteurs modernes que nous avons consultés à ce sujet : Trousseau, Hardy et Béhier, Jaccoud, Laveran et Tessier, Dieulafoy, etc., ne donnent aucune description spéciale de cette maladie dans leurs ouvrages.

conné chez un malade pendant la vie, l'existence d'une pleurésie médiastine, et l'autopsie lui avait effectivement donné raison. Malheureusement Andral n'a laissé aucune description de cette maladie.

L'observation la plus ancienne, assez complète, se trouve dans la *Centurie I* (observation 60), datant de 1622 et rapportée par Rivière. Ce médecin avait été appelé en consultation avec le conseiller Ranchin auprès d'une dame qui, la veille, avait été exposée au froid. La malade avait de la difficulté à respirer et se plaignait d'une douleur localisée derrière le sternum. Les médecins diagnostiquèrent une *pleurésie antérieure par l'inflammation du médiastin*. Le 25^e jour de la maladie, la malade mourut subitement. L'autopsie ayant été faite, on trouva le médiastin antérieur rempli d'une sérosité sanguinolente que l'on jugea avoir provoqué la mort en comprimant le poumon et la trachée.

Enfin plus récemment M. le professeur Grancher (1) a consacré une de ses cliniques à la pleurésie médiastine à propos des deux malades observés par lui et nous eûmes alors l'idée de ce travail.

Tel est en peu de mots l'historique de cette question. En nous aidant de cet aperçu général et de quelques observations personnelles, nous tâcherons de faire ressortir les principaux signes qui caractérisent cette maladie, afin qu'on puisse arriver à la différencier de toutes celles qui pourraient la simuler.

(1) *Gazette des hôpitaux*, 2 novembre 1891.

CHAPITRE II.

Anatomie du médiastin.

La cavité thoracique, formée par une charpente osseuse, est tapissée intérieurement par une membrane séreuse, la *plèvre*, qui forme une sorte de sac enveloppant les poumons et facilitant leurs mouvements.

Après avoir tapissé la face externe des poumons, les deux plèvres, droite et gauche, se portent de la colonne vertébrale au sternum et concourent à former un espace appelé *médiastin* occupé principalement par le cœur.

De cette disposition particulière des plèvres résulte la division de la cavité thoracique en trois régions distinctes : les deux régions *pleuro-pulmonaires* et la région *médiastine*.

La *région médiastine* ou le *médiastin*, dont nous allons nous occuper spécialement, est la portion moyenne de cette cavité thoracique, qui est précisément limitée par la réflexion des deux plèvres étendues d'une part de la face postérieure du sternum au pédicule du poumon et de là à la colonne vertébrale, et d'autre part dans le sens vertical, de la fourchette sternale au diaphragme.

Ce médiastin se trouve par conséquent limité en avant, par le sternum, en arrière, par la colonne vertébrale, sur les côtés par les plèvres médiastines et en bas par le diaphragme. Il communique en haut avec la région du cou.

Il résulte de la présence du hile des poumons que le médiastin lui-même peut être subdivisé en deux parties : l'une *antérieure*, placée entre le sternum et la face antérieure du hile ; l'autre *postérieure*, placée entre la face postérieure du hile et la colonne vertébrale.

Le médiastin antérieur est beaucoup plus vaste que le postérieur. Il s'étend du sommet du thorax au centre aponevrotique du diaphragme et offre la même hauteur que le thorax.

Sa direction n'est pas tout à fait verticale, mais un peu oblique de haut en bas et de droite à gauche. Rétréci au niveau du hile des poumons, le médiastin antérieur présente un évasement supérieur et un inférieur, qui ont fait comparer sa forme à celle d'un X ou d'un sablier (1).

D'après ce qui précède on voit que nous avons adopté la division du médiastin en antérieur et postérieur et non pas en portion cardiaque et sus-cardiaque comme le font quelques auteurs. Cette division nous paraît plus anatomique et plus clinique, surtout si l'on se place au point de vue de l'intervention chirurgicale. Car ainsi que le dit M. le professeur Tillaux dans son *Traité d'anatomie topographique*, p. 634 : la « distinction très nette entre les deux couches de tissu cellulaire du médiastin, ainsi qu'entre les deux grandes variétés d'abcès qui s'y développent est une des raisons qui m'ont engagé à maintenir, contrairement à l'opinion de Blandin et de quelques auteurs modernes, la division du médiastin en antérieur et postérieur et non pas en portion cardiaque et sus-cardiaque » (2).

(1) TILLAUX, *Traité d'anatomie topographique*.

(2) M. le Dr Poirier, chef des travaux anatomiques, a bien voulu nous exprimer oralement à peu près la même opinion.

Comme le médiastin antérieur seul nous intéresse, nous nous dispensons de la description du médiastin postérieur.

Avant de terminer ce qui a trait à l'anatomie du médiastin antérieur, nous devons donner un aperçu succinct des rapports de nombreux et importants organes qui s'y trouvent logés et dont la connaissance est importante au point de vue des déplacements qui peuvent résulter d'un épanchement.

Tout d'abord, sur un premier plan se trouve une couche de tissu cellulaire, le thymus et le tronc veineux brachio-céphalique gauche situé dans un dédoublement du feuillet sterno-claviculaire immédiatement en arrière de la fourchette sternale et en avant du tronc artériel brachio-céphalique, qu'il croise presque à angle droit.

Sur un deuxième plan est située la portion antérieure du péricarde et sur ses côtés l'artère et le nerf diaphragmatiques maintenus accolés par la plèvre.

Le troisième plan est occupé par la face antérieure du cœur, auricule droite et gauche, artère pulmonaire, aorte, tronc brachio-céphalique artériel. Un peu plus profondément, artères carotides primitives, sous-clavière gauche et veine cave supérieure.

En arrière de l'artère pulmonaire naît l'aorte. Ces deux vaisseaux situés d'abord sur un même plan antéro-postérieur se croisent; l'aorte devenue superficielle remonte derrière le sternum et change de direction au niveau du bord inférieur du cartilage de la première côte gauche pour former la crosse. Abandonnant alors le sternum, elle quitte le médiastin antérieur pour se porter d'avant en arrière et

gagner la face latérale gauche de la quatrième vertèbre dorsale, où elle prend le nom d'aorte descendante.

De la crosse de l'aorte naissent : à droite, le tronc brachio-céphalique ; à gauche, la carotide primitive et la sous-clavière gauche. Ces artères occupent la partie la plus élevée du médiastin antérieur ; elles sont recouvertes et croisées par le tronc veineux brachio-céphalique gauche.

Enfin le quatrième plan est occupé par la face postérieure du cœur, oreillettes, la veine cave inférieure et les veines pulmonaires. La veine cave inférieure répond au quatrième espace intercostal droit. Les veines pulmonaires, qui occupent la racine des poumons correspondent, comme cette racine elle-même, au deuxième espace intercostal en avant (1).

Tous ces organes se trouvent placés dans un tissu cellulaire abondant et très lâche et leur laissant une grande mobilité. A chacune des faces latérales du médiastin aboutit le pédicule des poumons, formé d'avant en arrière par les veines et les artères pulmonaires et la bronche correspondante ; il est en outre entouré de ganglions lymphatiques multiples. Il se rapproche beaucoup plus de la colonne vertébrale que du sternum et de la partie supérieure du médiastin que de l'inférieure.

(1) TILLAUX, *loc. cit.*

CHAPITRE III

Etiologie et pathogénie.

La pleurésie médiastine s'observe chez les enfants et chez les adultes. Nos trois observations concernent des enfants âgés de 11 ans, de 10 ans et de 17 mois. Dans ces trois cas la pleurésie siégeait à gauche.

Le refroidissement a été pendant longtemps considéré comme la cause la plus active des pleurésies. En général aujourd'hui un grand nombre d'auteurs renient cette cause pathogénique et quelques-uns même pensent que, presque toutes les pleurésies dites primitives même les plus simples en apparence sont d'origine tuberculeuse. Cette opinion est sans doute un peu exclusive et tout ce qu'on peut dire, c'est qu'il y a très souvent lieu de suspecter la tuberculose au cours des pleurésies quand on ne découvre pas quelques raisons d'incriminer une autre infection ou bien l'effet d'une embolie voire même de certaines intoxications.

Même quand on fait le diagnostic de pleurésie tuberculeuse, on doit rechercher s'il s'agit d'une tuberculose pleurale primitive ou d'une pleurésie associée à une lésion tuberculeuse du poumon, car ces deux formes de tuberculose ne présentent pas la même évolution et ne comportent pas le même pronostic (1).

(1) GRANCHER. *Maladies de l'appareil pulmonaire*, 1890.

Pleurésie et tuberculose pulmonaire marchent quelquefois de pair, mais plus souvent peut-être la pleurésie ne succède à la tuberculose qu'après que cette dernière existait déjà depuis plus ou moins longtemps. On ne connaît pas encore bien, il faut l'avouer, les conditions qui déterminent alors l'apparition de l'épanchement pleural.

Rappelons notamment combien est fréquente l'évolution suivante : Un malade est atteint d'une pleurésie dont il guérit. Il reprend ses forces, sa mine et son appétit. Des semaines et des mois s'écoulent sans que rien n'éveille dans l'esprit du médecin, pas plus d'ailleurs que dans celui du malade, la crainte d'une tuberculose qui plus tard pourtant se réveillera et entraînera plus ou moins rapidement la mort du malade. Aussi est-il très important de s'attacher à bien reconnaître dès le début d'une pleurésie l'état du poumon, afin de prévenir toute surprise et d'instituer un traitement dont l'efficacité serait d'autant plus réelle qu'il serait appliqué à une période plus voisine du début de la maladie.

C'est aux recherches patientes de M. le professeur Grancher qu'on doit surtout de pouvoir découvrir aujourd'hui aussi aisément les *dessous* d'une pleurésie. Auparavant on ne se basait guère que sur l'aspect extérieur du malade et sur ses antécédents, notions fort importantes sans doute, mais encore insuffisantes cependant.

En appliquant à ces sortes d'examen les schèmes sous-claviculaires, qu'il a indiqués, notre maître M. le professeur Grancher a rendu un réel service, en permettant de découvrir des lésions, qu'un examen dirigé d'une autre façon n'aurait souvent pas révélées. Or, il nous paraît que l'utilité de ce mode d'examen n'est pas moins grand dans le cours

d'une pleurésie médiastine que dans celui d'une pleurésie ordinaire.

Mais aux recherches physiques il y a lieu aussi de joindre l'examen bactériologique du liquide retiré, avec toutes les conditions d'asepsie usitées en pareil cas, par la ponction exploratrice. C'est un moyen de confirmer parfois le diagnostic soupçonné ou révélé par les autres moyens d'investigations. Mais il faut bien savoir que cet examen bactériologique est le plus souvent négatif. C'est pourquoi le dernier mot, dans ce diagnostic doit encore rester à l'examen physique. C'est d'ailleurs ce qu'ont démontré les recherches de MM. Gombault et Chauffard.

Outre la tuberculose, il y a encore d'autres causes de moindre importance qui peuvent conduire à la pleurésie médiastine et que nous devons mentionner. Ce peut être d'abord une pleurésie de la grande plèvre dans laquelle l'épanchement ayant acquis un volume plus considérable, finit par envahir la région médiastine par le refoulement de son contenu (obs. IV). Il est vrai que la marche inverse peut également se rencontrer, c'est-à-dire que débutant par le médiastin, la pleurésie peut envahir consécutivement la grande cavité pleurale (obs. III). Il y a enfin des cas dans lesquels la pleurésie médiastine est due à l'extension d'un travail morbide qui s'opère dans un organe voisin. Telles sont les pleurésies médiastines (purulentes), qui ont pour point de départ un abcès ossifluent du sternum et l'ouverture de son contenu dans le médiastin, et aussi les pleurésies médiastines (hémorrhagiques) consécutives aux cancers du médiastin.

CHAPITRE IV

Anatomie pathologique.

On peut dire d'une façon générale, que l'anatomie pathologique de la pleurésie médiastine ne diffère pas essentiellement de celle des autres pleurésies partielles. La différence ne porte que sur le siège qu'occupe la lésion dans la cavité thoracique.

L'inflammation dans la pleurésie médiastine est limitée à la plèvre qui forme le médiastin et à la portion contiguë de la plèvre pulmonaire. Cette inflammation peut se localiser à droite ou à gauche, et suivant que les adhérences préalables qui unissent la plèvre pulmonaire à la plèvre pariétale, sont plus ou moins prononcées, l'épanchement peut rester circonscrit ou bien refluer dans la grande cavité.

Au point de vue anatomique, la pleurésie médiastine comme toute pleurésie, est sèche ou accompagnée d'épanchement.

Dans la pleurésie sèche ou *pleurite adhésive* (1) la plèvre se couvre d'une couche végétante de tissu embryonnaire qui s'organise en donnant naissance à des épaississements et à des adhérences. Celles-ci se montrent sous forme de brides épaisses qui parfois établissent une fusion complète de deux feuillets de la séreuse.

(1) LEMARDELEY. *Thèse de Paris*, 1871.

La pleurésie avec épanchement séro-fibrineux diffère de la pleurésie sèche par l'existence d'un exsudat qui se forme dans des conditions encore aujourd'hui mal déterminées. Les plèvres pariétales et viscérales sont congestionnées et recouvertes d'une couche de fibrine qui forme ainsi une fausse membrane épaissie, opaque et de consistance molle. L'épanchement est formé d'un liquide citrin qui se prend en masse gélatiniforme après qu'on l'a extrait du thorax. M. Dieulafoy a démontré que lorsqu'on vient de retirer de la plèvre le liquide qu'elle contient, on y trouve une certaine quantité de globules rouges et de cellules lymphatiques. Si l'on examine au microscope le liquide coagulé on y trouve de plus de minces filaments de fibrine déposés en réseaux. Le poumon du côté de l'épanchement ne reste pas indemne. Une partie de son lobe inférieur présente ordinairement l'état d'atélectasie ; rétracté et privé d'air il ne donne pas la sensation de crépitation à la pression. Lorsqu'on examine les tissus atélectasiés au microscope (1), on voit que les alvéoles sont aplaties, les capillaires qui appartiennent au réseau de la paroi alvéolaire font saillie et sont remplis de sang. Les cellules épithéliales de la paroi sont globuleuses, leur protoplasma est granuleux, et leurs noyaux sont volumineux. La cavité alvéolaire contient souvent une petite quantité de liquide, des cellules rondes à prolongements granuleux ou pigmentaires, des cellules lymphatiques et quelques globules rouges.

La séreuse péricardique peut être atteinte d'inflammation, au cours d'une pleurésie médiastine. Cette inflammation se fait par propagation lymphatique comme l'ont dé-

(1) CORNIL et RANVIER. *Histologie pathologique*, tom. 2.

montré Cornil, Ranvier et Colrat (de Lyon). La lésion du péricarde peut être légère et se limiter exactement à la portion qui correspond à la plèvre enflammée. Elle consiste en une simple arborisation vasculaire qui donne au péricarde une teinte rosée dans les points où elle siège. De plus la séreuse peut être recouverte d'une mince couche fibrineuse qui se laisse facilement enlever. Quelquefois on peut constater tous les caractères, d'une péricardite aiguë fibrineuse (obs. III).

Dans ce cas les deux feuillets du péricarde sont congestionnés, épaissis et couverts de fausses membranes qui établissent une fusion entre le feuillet viscéral et la surface du cœur par de nombreux tractus fibreux. En outre, des adhérences peuvent s'établir entre le feuillet pariétal et les parties voisines de la paroi thoracique, ainsi qu'entre les plèvres médiastines droite et gauche.

Dans un cas nous avons pu faire l'examen anatomique d'une pleurésie médiastine tuberculeuse (1). Les deux plèvres étaient très épaissies ; à l'œil nu on voyait de nombreuses granulations tuberculeuses disséminées sur toute la séreuse. Le péricarde était aussi considérablement épaissi par des fausses membranes. Sa face externe était parsemée de petits tubercules. Il y avait en outre des adhérences au sternum et à la plèvre médiastine droite et gauche. Cette symphyse avait amené l'asystolie, qui avait eu pour conséquence une cirrhose hépatique.

D'après les observations que nous possédons, l'épanche-

(1) Il est nécessaire de dire que cette autopsie n'a été faite que 5 ou 6 mois après le début de la maladie. Par conséquent les lésions primitives paraissaient avoir changé d'aspect et ne présenter que les lésions d'une pleurésie chronique ordinaire.

ment hémorrhagique nous a paru être le plus fréquent. Quant à l'épanchement purulent, il n'en existe qu'une seule observation rapportée par M. Bouveret dans son *Traité de l'empyème*.

La quantité de l'épanchement dans la pleurésie médiastine est variable. Elle peut varier d'une à deux cuillerées à bouche (Laënnec) jusqu'à un demi-litre. M. le professeur Grancher a ponctionné une pleurésie médiastine qui contenait 850 grammes de liquide.

CHAPITRE V

Symptomatologie.

Vu son siège anatomique immédiat, c'est-à-dire son voisinage avec le péricarde, l'inflammation de la plèvre médiastine n'a pas de signes pathognomoniques susceptibles de la faire découvrir d'emblée. Ses symptômes se confondent presque en effet avec ceux d'une péricardite. Mais si l'on a soin de rechercher tous les signes de cette dernière maladie (ce qui est toujours nécessaire), si l'on fait bien attention à quelques phénomènes insolites qui peuvent se présenter et si l'on interprète tous ces phénomènes d'une façon rigoureuse, nous pensons qu'on pourra arriver cependant même facilement à poser le vrai diagnostic. On évitera notamment de mettre sur le compte d'une péricardite ou d'une lésion organique du cœur quelques signes qui, en réalité, se rapportent à l'inflammation médiastine.

La pleurésie médiastine aiguë, séro-fibrineuse, débute habituellement sans prodromes, car ceux qui sont ordinairement constatés : fatigue, perte d'appétit, amaigrissement, sont souvent sous la dépendance d'une évolution tuberculeuse (obs. IV).

Le frisson est moins franc que dans la pleurésie ordinaire. Quelquefois il manque complètement ; mais ce qui prédomine chez l'adulte, c'est une douleur vive (point de côté) placée entre le sternum et le mamelon (gauche ou

droit, Andral) qu'augmentent la toux et les mouvements inspiratoires. Chez l'enfant cette douleur n'est pas révélée ou bien est indiquée en un point situé au-dessous du thorax. Il faut signaler aussi chez l'adulte une sensation d'oppression.

La fièvre est modérée ; elle oscille entre 38° et 39°6.

Si l'on pratique l'auscultation à cette période de la maladie en avant et au niveau de la région douloureuse, on peut entendre quelquefois un bruit de frottement synchrone aux mouvements du cœur et qui a permis à Barth de faire dans un cas le diagnostic (1).

Dans la thèse de M. Choyau, inspirée par M. Potain, nous avons trouvé un autre exemple de ce bruit de frottement (extra-cardiaque) synchrone aux mouvements du cœur et ayant fait croire tout d'abord à l'existence d'une péricardite, mais il ne s'agissait en réalité que d'une pleurésie médiastine ainsi que le démontra l'autopsie.

Stokes connaissait aussi la possibilité de ces bruits dus aux mouvements du cœur, et dans son *Traité des maladies du cœur et de l'aorte* (traduit par Sénac, page 29), on trouve sur ce sujet une page entière et dont nous reproduisons ici quelques lignes : « Modifications des bruits de frottement par une pleurésie du côté gauche. — Ces modifications ne se rapportent pas à proprement dire aux phénomènes acoustiques de la péricardite ; ils consistent dans l'apparition simultanée des bruits semblables à ceux de cette maladie, mais qui se passent dans la plèvre ; aussi leur rythme est différent et correspond aux mouvements du poumon ». Nous n'avons pas rencontré cette sorte de frottement chez

(1) *Union médicale*, 1850.

les enfants ; en effet nous n'avons pas eu l'occasion de les observer au début de leur maladie.

A la période d'état, lorsque l'épanchement est formé, le malade présente les symptômes physiques suivants :

INSPECTION. — A l'inspection, les parois costales, du côté où siège l'épanchement, éprouvent une altération facile à constater. Elles offrent une voussure très appréciable qui est plus étalée et plus prononcée que dans la péricardite. Au niveau de cette voussure, les espaces intercostaux paraissent plus larges et plus saillants. La mensuration thoracique à ce niveau accuse une différence plus ou moins grande avec celle du côté opposé. Le sternum n'est pas déjeté. Une ficelle tendue entre la partie moyenne de la fourchette sternale et le milieu de la symphyse pubienne le coupe sensiblement en deux parties égales. Le non-déplacement du sternum est facile à comprendre, car ce n'est pas tant lui qui change de place dans les grands épanchements que la cage thoracique elle-même qui, de verticale qu'elle était, devient oblique ovulaire (Peyrot) (1).

On peut noter la présence de veines dilatées, bleuâtres, visibles par transparence et indiquant l'établissement d'une circulation collatérale.

PERCUSSION. — La percussion révèle une *zone tympanique* (skodisme) immédiatement sous la clavicule, limitée inférieurement par de la matité qui se prolonge sous le sternum en empiétant quelquefois sur son bord droit (dans les épanchements à gauche) à un ou deux centimètres à droite de ce bord (Grancher). En dehors, la matité se prolonge à peu près jusqu'à la ligne axillaire, mais sans la dé-

(1) *Archives générales de médecine*, 1876.

passer. Cette matité présente la forme d'une ligne courbe à concavité interne. L'espace de Traube diminue d'étendue mais ne disparaît pas complètement. La matité se confond en bas et à gauche avec celle du cœur plus ou moins déplacé, et à droite, avec la matité du foie qui, dans le cas d'un épanchement plus considérable, pourra subir un léger abaissement.

PALPATION. — La palpation permet de constater une légère exagération des vibrations thoraciques au niveau de la zone tympanique. Ces mêmes vibrations sont au contraire très affaiblies partout où l'on constate de la matité.

Si l'on cherche à se rendre compte de l'état des battements du cœur par la palpation, on constate qu'ils sont supprimés dans leur siège ordinaire, mais en les cherchant en dedans de celui-ci (à droite si l'épanchement est à gauche) on arrive à les percevoir. C'est la preuve que le cœur a subi un refoulement à droite et non un éloignement de sa pointe, comme il arrive surtout dans le cas d'un épanchement péricardique.

AUSCULTATION. — Quels sont maintenant les résultats fournis par l'auscultation ? Du côté de l'appareil pulmonaire et en avant, elle révèle une diminution notable du murmure vésiculaire, là où on a constaté de la matité. Le souffle, lorsqu'il existe, peut être entendu en avant, à peu près vers le tiers moyen du poumon. Dans un cas (obs. V) nous l'avons constaté au sommet de l'aisselle.

En arrière ces signes sont plus variables. On peut trouver des râles disséminés et de la respiration bronchique ; quelquefois à la base, des râles sous-crépitaux fins indiquant une congestion pulmonaire. Rarement il existe des

frottements pleuraux ou des signes d'épanchement pleurétique. Chez notre malade (obs. III) on entendait, immédiatement sous la clavicule et au niveau de sa partie moyenne, un souffle bronchique assez fort et que nous supposons dû à une compression causée par l'épanchement, l'autopsie n'ayant démontré aucune tumeur ou ganglion qui pût comprimer cette partie de l'arbre respiratoire.

L'égophonie, signe important d'épanchement dans la grande plèvre, fait ici complètement défaut.

Déplacement du médiastin.

A l'état normal, les organes que renferme le médiastin se trouvent dans une sorte de vide relatif (Peyrot). Lorsqu'il existe un épanchement, ils participent au contraire plus ou moins complètement à la pression intra-thoracique, d'où divers troubles qu'on peut observer à leur suite.

L'examen du cœur fournit des renseignements très utiles au diagnostic. Nous avons dit que le cœur est toujours déplacé, et dans un cas où ce déplacement a manqué, une erreur momentanée en a été la conséquence. Ce déplacement ne consiste pas seulement dans un changement de position de la pointe. Le pédicule vasculaire tout entier est refoulé par l'épanchement vers le côté opposé. Le cœur subit, de plus, un mouvement de rotation sur son grand axe, de telle sorte que pour les épanchements du côté gauche en particulier, le ventricule droit tend à devenir, d'antérieur qu'il était, tout à fait interne et même un peu postérieur (Peyrot).

Dans quelques cas ce déplacement peut être assez prononcé pour provoquer une gêne circulatoire et divers phénomènes liés à cette gêne et sur lesquels nous reviendrons plus loin.

Le poumon du côté de l'épanchement n'est pas refoulé de côté ou à la partie supérieure du thorax comme dans le cas de pleurésie ordinaire, mais il est plutôt étalé dans toute son étendue, car l'épanchement est en quelque sorte accolé à sa face interne comme un nid sur le bord d'un mur.

La trachée, le pédicule pulmonaire et la crosse de l'aorte se transportent ensemble vers le côté sain. L'épanchement comprime aussi dans une certaine mesure le poumon correspondant.

La circulation, et surtout la circulation veineuse, reçoit une atteinte aussi profonde que la respiration. On voit se produire des signes qui indiquent une gêne très grande de cette fonction, tels que, la cyanose des lèvres et des extrémités digitales, le refroidissement, la fréquence, la petitesse et même la disparition complète du pouls (Obs. III et V), la bouffissure de la face et l'œdème, limités à la partie supérieure du corps.

Chez notre malade (atteint à la fois d'une pleurésie médiastine et d'une péricardite), nous n'avons observé ni la dysphagie réflexe ni la dysphagie par compression. M. Bourceret rapporte dans sa thèse (*De la dysphagie dans la péricardite*), un cas où à la suite d'une péricardite s'est développée une pleurésie médiastine avec inflammation du nerf phrénique et qui a été la cause de dysphagie ; puis il ajoute : « Si un malade atteint de péricardite est pris de dysphagie,

on peut sûrement affirmer que la pleurésie ne va pas tarder à se développer ».

Il y a intérêt à être prévenu de ce fait, afin, lorsqu'on le constate, de chercher avec soin la pleurésie médiastine qui sans cela passerait inaperçue.

CHAPITRE VI

Marche et terminaison. Complications.

La maladie évolue en s'accompagnant d'une fièvre plus ou moins irrégulière. En général le diagnostic est à peine soupçonné au début. Ce n'est que lorsque la collection liquide faisant des progrès et provoquant des troubles plus ou moins prononcés du côté du cœur et de l'appareil respiratoire, que des phénomènes alarmants se produisent, et que l'on est mis très souvent sur la voie du diagnostic. On pense d'abord à une péricardite à évolution anormale et s'accompagnant d'un épanchement considérable. Ce diagnostic erroné a été posé assez souvent. Heureusement dans les deux cas le traitement est le même : la *ponction*, de sorte que l'erreur ne porte, somme toute, aucun préjudice au malade.

La pleurésie médiastine peut se terminer favorablement. On voit alors la matité diminuer, les organes déplacés revenir à leur position normale, le poumon reprendre ses fonctions et les battements du cœur redevenir plus nets. Certains signes survivent cependant assez longtemps à la pleurésie. Ainsi il n'est pas rare de retrouver encore le tympanisme sous-claviculaire, une diminution des vibrations thoraciques et l'affaiblissement du murmure vésiculaire un certain temps après la guérison de la maladie.

La terminaison par mort subite peut survenir à la suite

du déplacement et de la compression du cœur longtemps prolongés. Elle apparaît au milieu d'un état asphyxique et de l'anxiété extrême causée autant par la compression du cœur que par la réduction du champ de l'hématose, elle-même aggravée par l'existence d'une congestion pulmonaire active ou passive. La durée de la maladie exempte de complication est celle de toutes les pleurésies.

Nous ne parlerons pas ici de la congestion pulmonaire comme complication de la pleurésie médiastine. On sait qu'elle accompagne presque toutes les pleurésies.

La tuberculose pulmonaire qui coïncide souvent avec la pleurésie en est plutôt la cause qu'une complication.

Quant à la péricardite, c'est une des complications les plus fréquentes de la pleurésie médiastine, qu'elle aggrave d'ailleurs énormément en augmentant surtout la compression du cœur et en accentuant par conséquent la gravité des accidents qui en résultent.

Tantôt la péricardite évolue en même temps que la pleurésie, tantôt elle n'est que l'extension de la phlegmasie pleurale.

CHAPITRE VII

Diagnostic.

Le diagnostic de la pleurésie médiastine est entouré de grandes difficultés. Un examen approfondi fera seul éviter une erreur qu'un examen superficiel entraînerait presque sûrement. C'est qu'en effet les caractères qui permettent de différencier l'épanchement dans le médiastin des épanchements du péricarde et même des tumeurs du médiastin avec ou sans épanchement, ne sont pas d'une grande netteté. Nous tâcherons pourtant, en nous aidant des indications de M. le professeur Grancher, d'en faire ressortir les principaux caractères.

Un premier élément de diagnostic est tiré du mode de début de la maladie.

La pleurésie médiastine séro-fibrineuse débute assez brusquement par une douleur très vive, localisée entre le mamelon et le sternum et par de l'oppression. Elle n'est accompagnée ou précédée d'aucun signe pulmonaire. Cependant dans certains cas on pourrait tout d'abord penser à une affection de la grande plèvre ou de l'appareil pulmonaire, tellement les symptômes sont diffus.

Lorsque l'épanchement siège à gauche, le diagnostic peut être fait au moyen des symptômes, que nous avons déjà signalés, tels que la voussure précordiale, la saillie des espaces intercostaux, la sonorité tympanique sous la clavi-

cule ; la matité, se prolongeant sous le sternum et dépassant quelquefois son bord droit ; la diminution des vibrations thoraciques et la disparition du murmure vésiculaire dans la partie antérieure du poumon. Le déplacement du cœur est non moins caractéristique. On constate la suppression des battements cardiaques au lieu d'élection alors qu'on les retrouve à droite avec un timbre modifié et sourd, ce qui permet d'affirmer le refoulement de cet organe.

Si l'épanchement se trouve localisé à droite, les signes physiques sont les mêmes, avec cette différence que le déplacement du cœur est beaucoup moins prononcé. Quand il existe, il a lieu en dehors du mamelon gauche. Dans certains cas on trouve un léger abaissement du foie.

Diagnostic différentiel.

Nous avons dit qu'une des affections qui simulent le plus la pleurésie médiastine au début, c'est la *péricardite*. Mais ses signes et son mode de début permettront le plus souvent de ne pas méconnaître sa nature.

Rappelons ce qu'on observe dans la péricardite. Elle débute insidieusement et sans fracas. L'auscultation pratiquée dès le début de la maladie, fait entendre un bruit de *frottement* à la base, d'abord seulement systolique puis à la fois systolique et diastolique : c'est une sorte de « frou-frou ». Quelquefois le frottement peut commencer après le premier temps, il empiète sur le petit silence et devient alors la cause d'un triple bruit, nommé *bruit de galop* (Bouillaud). Lorsque la péricardite est accompagnée d'épanchement, le

frottement disparaît pour faire place à la matité de la région précordiale qui prend la forme d'un triangle à base inférieure ; la voussure du thorax s'accuse et les bruits cardiaques finissent par devenir très lointains, presque imperceptibles. Le pouls est petit, intermittent et irrégulier.

A cette évolution nous opposerons le début brusque, avec point de côté de la pleurésie médiastine, l'absence de bruit de galop et surtout le refoulement latéral du cœur qui permet d'en entendre les bruits, au lieu de son éloignement de la paroi qui les éteint. Tels sont les éléments les plus saillants de ce diagnostic différentiel important.

Dans deux de nos cas (obs. III et V) nous avons constaté une différence très marquée des deux pouls. Tandis que celui du côté gauche (dans les deux cas) était presque imperceptible, on le sentait très bien à droite (*pouls inverse* de Poncet, de Cluny). Comment expliquer cette différence des deux pouls ?

Peut-on invoquer dans ce cas une compression de l'artère sous-clavière par l'épanchement ? On sait que cette artère naît beaucoup plus bas que celle du côté droit. Après la ponction le pouls sur la radiale gauche est devenu plus sensible.

Le diagnostic différentiel avec l'*hydro-péricarde* repose sur la notion étiologique. Dans cette dernière affection on trouve comme signe physique une matité très étendue, et l'absence de tout frottement et de manifestations inflammatoires ou fébriles.

L'*hydropisie du médiastin* peut exister seule ou se combiner à l'*hydro-péricarde*. Les considérations signalées à propos de cette dernière maladie nous dispensent d'y revenir.

Avec les *tumeurs du médiastin* le diagnostic peut présenter certaines difficultés au début. Mais dans ce cas les malades éprouvent d'abord une sensation plutôt gênante que douloureuse ; puis les douleurs s'affirment, sourdes, profondes, tantôt continues, tantôt rémittentes avec exacerbation. En même temps on observe une gêne plus ou moins grande de la respiration. Le retentissement ganglionnaire et la cachexie ne tardent pas à apparaître.

On observe souvent la congestion et l'œdème de la face, quelquefois des paralysies des muscles de la glotte, des phénomènes oculo-pupillaires, de l'aphonie, etc.

Dans quelques cas le diagnostic différentiel avec une caverne tuberculeuse pourrait être embarrassant surtout si l'épanchement se trouvait localisé à la partie supérieure du médiastin. Mais l'existence d'une grande caverne pulmonaire suppose une affection déjà ancienne du poumon. Elle s'accompagne de signes de tuberculose ordinairement non douteux dans les deux poumons et aussi de symptômes fonctionnels à évolution bien connue. L'existence antérieure d'une hémoptysie, la constatation de râles muqueux, de craquements, de signes d'induration aux deux sommets, la présence de gargouillements seront autant de signes en faveur de l'existence d'une grande caverne tuberculeuse, permettant de la distinguer de l'épanchement localisé du médiastin. Remarquons d'ailleurs, que l'erreur est surtout possible dans le cas d'épanchement purulent ou empyème du médiastin dont l'évolution peut, jusqu'à un certain point, simuler celle d'une tuberculose subaiguë du sommet.

CHAPITRE VIII

Pronostic.

Lorsqu'il s'agit d'une pleurésie médiastine séro-fibrineuse, le pronostic immédiat n'est pas grave ; mais même dans ce cas il ne faut pas perdre de vue que le déplacement du cœur et des gros vaisseaux causé par l'épanchement, peut déterminer des accidents syncopaux et asphyxiques rapides. C'est une condition de pronostic dont il importe d'être bien prévenu, parce qu'il est toujours possible d'y parer par une intervention efficace, c'est-à-dire par une ponction.

S'il s'agit au contraire d'une pleurésie médiastine tuberculeuse, le pronostic est très grave par le fait même de la généralisation des tubercules aux organes voisins.

Un de nos malades avait présenté, en même temps que sa pleurésie médiastine tuberculeuse, une tuberculose du péricarde qui avait abouti à une symphyse cardiaque. Cette symphyse avait amené des troubles asystoliques et produit finalement un foie cardiaque dans lequel on reconnut, par l'examen histologique la présence de tubercules (Hutinel).

La convalescence est ordinairement assez longue, et les malades, même ceux qui ne sont pas menacés d'une tuberculose immédiate, sont amaigris, affaiblis et conservent, encore un certain temps après la guérison, les traces de leur maladie.

CHAPITRE IX

Traitement.

Le traitement est celui de toute pleurésie. On combattra la douleur et l'épanchement. Contre la douleur on usera des ventouses sèches et scarifiées sur la région pré-sternale, et des potions calmantes à l'intérieur. Si l'épanchement fait des progrès, s'il provoque des troubles circulatoires, cyanose, dyspnée, asphyxie, on ne tardera pas de faire une ponction, qui dans ce cas peut amener une véritable résurrection du malade (Grancher).

La ponction évacuatrice est précédée d'une ponction exploratrice avec la canule capillaire, pour assurer le diagnostic et permettre l'examen du liquide. On se tiendra toujours prêt à évacuer le liquide qu'on aura rencontré.

La ponction est faite à gauche, au lieu d'élection sur la ligne axillaire antérieure, à peu près au niveau du cinquième espace intercostal, là où il existe de la matité ; à droite, sur la même ligne axillaire et au niveau du quatrième espace intercostal droit. Il n'est pas nécessaire d'ajouter que cette ponction sera faite avec toutes les règles d'antisepsie en se servant de l'appareil aspirateur de Potain ou de Dieulafoy.

S'il s'agit d'une pleurésie purulente du médiastin, et si la ponction simple ne suffit pas, l'opération de l'empyème peut être tentée ce qui peut réussir dans certains cas. Une

opération analogue a été pratiquée par M. Le Dentu (1) dans un cas d'abcès tuberculeux du médiastin antérieur. M. Le Dentu a réséqué une partie du sternum et les portions voisines des deuxième, troisième et quatrième côtes. Cette opération fut suivie de succès.

Outre ce traitement, il y a indication à rechercher par tous les moyens médicaux, usités en pareil cas, à relever les forces de l'organisme, et à activer la nutrition. Les toniques (vin, alcool, quinquina), une alimentation substantielle (lait, poudre de viande) et l'air de la campagne auront l'influence très bienfaisante qu'on leur reconnaît en pareil cas. On ne doit pas négliger d'entretenir une certaine révulsion chez ces malades (sinapismes, teinture d'iode, vésicatoires et pointes de feu). C'est un point sur lequel M. Grancher insiste beaucoup dans ses cliniques.

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1887.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

Signes d'épanchement dans le péricarde. — État sain de ce sac.

— *Collection du pus derrière le sternum et les cartilages costaux.*

— *Diathèse tuberculeuse.* ANDRAL, *Clin. méd.*, t. 2.

Un tailleur, âgé de 29 ans, entre à la Charité dans les derniers jours du mois de décembre 1821 ; il était alors atteint d'une phlegmasie légère et récente de la muqueuse des bronches et des intestins (sangsues à l'anus, tisanes adoucissantes, diète). Au bout de 3 jours, l'inflammation gastro-intestinale avait presque complètement disparu, mais la toux était plus forte, la fièvre plus intense, et le malade accusait une vive douleur entre le *téton gauche* et le *sternum*, la toux et les mouvements inspiratoires l'augmentaient. Vingt sangsues furent appliquées sur l'endroit douloureux. Le lendemain, 30 décembre, la douleur avait changé de place, elle se faisait sentir au-dessous de la clavicule droite. On la regarda comme rhumatismale ; une saignée de huit onces fut pratiquée. Le 31 décembre, la douleur était revenue à son siège primitif. La face grippée exprimait l'anxiété la plus vive ; le pouls était dur, très fréquent. On redouta l'existence d'une péricardite. Une autre saignée fut pratiquée. Le sang présenta un petit caillot nageant au milieu de beaucoup de sérosité, recouvert d'une couenne à bords relevés. Cependant le 1^{er} janvier aucun amendement n'avait eu lieu. La respiration était courte, précipitée, la douleur aussi vive, le pouls aussi fréquent et serré, la face pâle et grippée. Le décubitus avait lieu sur le dos. La douleur rendait la percussion impossible ; l'auscultation faisait entendre le bruit respiratoire et les battements du cœur comme à l'ordinaire. M. Lermnier prescrivit une 3^e saignée de 8 onces ; elle

fut couenneuse comme la précédente. Le 2 janvier la douleur moins vive, respiration plus libre, pouls moins fréquent. Le 3 et 4 le même état (tisane de violette gommée, diète). Le 5 (huitième jour à dater de l'apparition de la maladie) la percussion, devenue praticable, fit reconnaître un son mat entre le sein gauche et le sternum, dans l'étendue de 3 à 4 travers de doigts de hauteur. Dans cette même partie on entendait d'une manière faible, comme confuse, les battements du cœur; le bruit respiratoire y était nul. D'ailleurs persistance de la fréquence du pouls et du décubitus sur le dos. Peu de dyspnée, pas de trouble notable des fonctions digestives. On regarda comme probable qu'un épanchement de sang se formait dans le péricarde (vésicatoires à la région précordiale).

Du 5 au 10 janvier l'état du malade ne subit aucun changement remarquable; le vésicatoire de la poitrine fut remplacé par deux vésicatoires aux cuisses. Le 11 (14^e jour), le son était très mat dans toute l'étendue à peu près de la région précordiale; les battements du cœur s'entendaient à peine; il n'y avait d'ailleurs ni égophonie, ni aucune résonnance particulière de la voix. (Andral ne parle pas de la voussure.)

Du 14^e au 20^e jour le son devenait mat dans une plus grande étendue; cette matité était surtout remarquable à la partie inférieure du sternum, où la sonorité est ordinairement si grande. Cependant le malade dépérissait de jour en jour; il succomba sans agonie le 24^e jour.

AUTOPSIE. — Immédiatement derrière le sternum, les cartilages des 8 à 9 dernières côtes, et derrière la terminaison antérieure de ces côtes elles-mêmes, existait une vaste cavité remplie d'un pus épais, comme grumeleux. On crut d'abord que cette cavité appartenait au péricarde; mais bientôt on s'assura que le péricarde existait intact derrière cette poche accidentelle et que cette cavité s'était formée tout entière aux dépens de la plèvre qui, de la surface interne du poumon, se porte derrière le sternum pour se joindre à celle du côté opposé et constituer ainsi le médiastin. Des fausses membranes épaisses parsemées de nombreux tubercules circonscrivaient de toutes parts ce foyer purulent; des brides albumineuses, dont quelques-

unes étaient déjà assez solides, le traversaient en divers sens, et le divisaient en plusieurs loges.

En dehors, cette cavité s'était agrandie aux dépens du poumon qui avait été refoulé vers les côtes. Le poumon fut d'ailleurs trouvé sain, ainsi que le reste de la plèvre de ce côté. A droite, le lobe supérieur du poumon contenait quelques tubercules dont quelques-uns commençaient à se ramollir. Etat sain du cœur et du péricarde.

Dans l'abdomen on trouva des lésions qu'aucun symptôme n'avait annoncées pendant la vie. Des tubercules, dont quelques-uns déjà ramollis, existaient en grande quantité, et non en moindre nombre dans la rate, dans l'un des reins et sous la muqueuse intestinale. Cette dernière membrane était généralement blanche. L'encéphale et ses dépendances ne présentaient rien de remarquable.

L'ensemble des symptômes ne semblait-il pas indiquer chez ce malade l'existence d'un épanchement dans le péricarde, suite d'une inflammation aiguë de ce sac membraneux ? Il n'en était rien cependant ; le malade n'avait eu qu'une pleurésie partielle, et le foyer purulent n'existait que dans la plèvre.

L'auscultation ne fournit ici aucun signe propre à éviter l'erreur, qui ne fut d'ailleurs d'aucune importance pour le traitement ; à aucune époque on n'entendit l'égophonie (1).

OBSERVATION II.

Bruits de frottement pleural synchrones aux mouvements du cœur, ayant fait croire à l'existence d'une péricardite. CHOYAU, Thèse de Paris, 1869.

La nommée X... âgée de 26 ans, couturière, entre à l'hôpital le 2 décembre 1869. Le 8 décembre cette femme est prise d'une dyspnée continue avec accès d'étouffement, l'obligeant à se tenir assise dans

(1) Andral rapporte encore deux observations très résumées d'un épanchement pleurétique situé, comme le précédent, entre la surface interne du poumon et le médiastin. Tous deux étaient à droite, et leur étendue était moins considérable. Tous deux compliquaient une péritonite chronique. Ils n'avaient présenté aucun signe permettant de les reconnaître. Dans ces deux cas l'épanchement était purulent et les malades avaient succombé à une cachexie progressive.

son lit ; le pouls s'élève à 132 pulsations. Rien à l'auscultation dans la plèvre ; râles sous-crépitaux à la base des deux poumons en arrière, avec un léger degré de matité. Au niveau de la région précordiale on entend un double frottement dont le deuxième pourrait faire croire à un dédoublement du second bruit normal du cœur. Douleur diffuse dans les deux côtés de la poitrine.

10 décembre. — Le bruit de frottement a diminué. Les signes fournis le 8 décembre par la percussion et l'auscultation existent aussi en avant où ils sont surtout manifestes dans les grandes inspirations.

12. — Le bruit de frottement double reparaît aussi marqué qu'il était le 8 décembre.

15. — Bruits du cœur obscurs ; matité dans toute la région précordiale et une espèce de frôlement péricardique. Douleur manifeste quand on repousse le diaphragme de haut en bas.

17. — Augmentation des râles sous-crépitaux qui existent dans les deux poumons, dyspnée très intense, crachats sanguinolents.

Cette femme succombe à une congestion avec apoplexie pulmonaire double le 29 décembre.

AUTOPSIE, faite le 31 décembre. — Poitrine. Les deux cavités pleurales renferment 200 grammes environ de liquide séreux.

Le bord antérieur du poumon gauche est maintenu fixe au-devant du péricarde par des fausses membranes nombreuses, récentes, cependant assez résistantes. Cette disposition existe au niveau des premiers espaces intercostaux. Une portion du poumon droit se trouve aussi maintenue fixe au-devant du cœur et recouvre les trois quarts de ce dernier organe. Plusieurs noyaux d'apoplexie, du volume d'un œuf, sont disséminés dans les deux poumons. Le lobe inférieur du poumon droit offre des traces d'hépatisation au troisième degré.

Le péricarde renferme dans sa cavité un liquide séreux dont la quantité peut être évaluée à 50 grammes.

Au niveau du bord gauche du cœur, près de la base, on trouve une fausse membrane, petite, blanchâtre, très lisse, résistante, ayant 6 à 8 millimètres de longueur sur 3 ou 4 de largeur. Elle est adhérente

par une de ses extrémités au péricarde viscéral et libre par l'autre.

Le cœur est volumineux ; les parois du ventricule gauche sont épaissies ; les orifices et les valvules sont sains.

Les lésions les plus graves existent du côté des reins. Tous deux sont petits, atrophies. Une partie de la substance corticale se laisse déchirer lorsqu'on enlève la capsule fibreuse. Des îlots d'un blanc-jaunâtre, très nombreux, existent à la surface du parenchyme rénal. A la coupe cette coloration jaunâtre occupe la presque totalité de la substance corticale. L'examen microscopique dévoile une infiltration granulo-graisseuse des cellules épithéliales des tubuli rénaux.

Les réflexions de l'auteur de cette thèse sont très significatives au point de vue des idées que nous défendons. Les voici : « Pendant la vie, on crut chez cette malade à une péricardite dont l'existence ne fut pas mise en doute un seul instant et pourtant je n'ai trouvé à l'autopsie qu'une petite fausse membrane décrite plus haut, due à une péricardite ancienne, et ne pouvant produire aucune espèce de bruit anormal. A la partie intérieure de la face interne du poumon, la plèvre était recouverte de fausses membranes rugueuses, récentes et contre lesquelles le cœur était projeté à chaque systole ventriculaire et produisant ainsi le bruit de frottement qui avait donné lieu à une erreur de diagnostic. Il est pour moi de toute impossibilité de trouver autre part que dans l'existence de cette pleurésie circonscrite — pour nous la *pleurésie médiastine* — la cause du bruit de frottement entendu chez cette femme ».

« Je suis maintenant convaincu que l'erreur signalée dans cette observation est beaucoup plus fréquente qu'on ne le pense. Un bruit de frottement coïncidant avec la contraction ventriculaire n'est pas fatalement un signe de péricardite. Aussi doit-on toujours songer, lorsqu'on perçoit ce phénomène stéthoscopique, à une pleurésie souvent circonscrite à la plèvre qui se trouve placée au-devant du péricarde, plèvre médiastine. »

Ensuite l'auteur expose le moyen pour éviter l'erreur de diagnostic, et il dit : « En général, précédé ou accompagné d'une douleur thoracique très vive, ce bruit de frottement est extrêmement super-

ficiel et d'une intensité variable. Il s'entend principalement à la partie moyenne de la région précordiale, dans un point assez éloigné du sternum. Presque toujours unique et coïncidant alors avec la systole ventriculaire, il accompagne bien plus rarement la diastole que le véritable frottement péricardique. Très près de lui, souvent dans l'endroit même où il existe, on trouve une sonorité manifeste qui révèle la présence du poumon. Dans un grand nombre de cas son apparition est suivie d'un épanchement de liquide dans la cavité pleurale. Il disparaît alors pour être entendu de nouveau lorsque le liquide est résorbé ; souvent permanent, il cesse parfois pendant chaque inspiration pour se produire de nouveau à toutes les contractions ventriculaires qui coïncident avec l'expiration. Ce rythme particulier s'explique aisément par le rapprochement des parois thoraciques à chaque expiration ».

Lorsqu'un frottement synchrone à la contraction ventriculaire se montre en dehors de tout autre phénomène de péricardite, avec les caractères et dans les conditions que nous venons d'indiquer, on devra plutôt penser à l'existence d'une pleurésie médiastine qu'à une péricardite.

OBSERVATION III (personnelle).

Pleurésie médiastine tuberculeuse. — Péricardite. — Foie cardiaque et tuberculeux. — Tuberculose cérébrale et méningée (1).

B... (Edouard), âgé de 10 ans, entré salle Bouchut, au commencement du mois de mai 1891, lit n° 19.

Antécédents héréditaires. — Père âgé de 49 ans, bien portant ; mère, 39 ans, bien portante. Cinq enfants dans la famille. Le 1^{er} est mort-né ; le 2^e Edouard ; le 3^e, un garçon mort à 3 mois ; le 4^e, une fille de 8 ans bien portante ; le 5^e, une fille de 3 ans 1/2, également bien portante.

Grand-père paternel âgé de 85 ans, bien portant ; grand-mère paternelle, morte à 65 ans d'un accident ; grand-père maternel, 67 ans,

(1) Nous regrettons de n'avoir pu rapporter *in extenso* cette observation intéressante à plusieurs égards.

bien portant ; grand'mère maternelle, morte à 45 ans à la suite de couche.

Personne ne tousse dans la famille.

Antécédents personnels. — Né à terme. Elevé au biberon. A eu la gourme pendant l'enfance. A 2 ans il a eu une fluxion de poitrine qu'on a traitée avec des vésicatoires. Rougeole à 3 ans ; scarlatine à 6 ans, à la suite de quoi il lui est survenu un anasarque généralisé. Depuis lors bien portant. Il allait à l'école et ne toussait pas.

Début de la maladie. — Il est malade depuis un mois environ ; il se plaignait uniquement d'une barre sur le ventre qu'un purgatif a fait disparaître ; mais par contre l'appétit allait toujours en diminuant. Il ne toussait pas et n'était pas constipé.

Conduit chez le médecin qui trouve l'enfant assez amaigri et conseille un séjour à la campagne. Même à la campagne l'enfant était mal à son aise et commençait à se plaindre d'un point de côté à gauche (sans préciser). Après 8 jours l'enfant fut conduit de nouveau chez le médecin qui n'avait rien constaté du côté des poumons et attribue ce malaise à une fièvre « muqueuse », et ordonna le repos et l'antipyrine comme traitement. Enfin la mère se décide d'amener l'enfant à l'hôpital.

A la visite du matin l'enfant paraissait très amaigri et très pâle, et assez développé pour son âge. A l'examen de l'enfant on constata un réseau veineux bleuâtre assez développé à la partie supérieure et gauche du thorax ; une voussure précordiale assez prononcée et étalée, avec la saillie des espaces intercostaux. Le cœur n'était pas déplacé, et on apercevait nettement les battements cardiaques avec légère ondulation de la paroi costale.

La percussion avait démontré une zone tympanique sous la clavicule et à partir de la deuxième côte de la matité qui atteignait en bas la sixième côte et dépassait à droite le bord du sternum. L'espace de Traube conservé en partie. La palpation dénotait une diminution complète des vibrations thoraciques au niveau de la matité, et une exagération de ces mêmes vibrations du côté opposé. A l'auscultation, on entendait immédiatement sous la clavicule un souffle bronchique assez fort ; pas de râles ; la respiration est puérile à

droite. Pouls imperceptible à gauche dans toute son étendue ; à droite, on le perçoit assez bien. L'enfant présente de fréquents accès de suffocation. A cause du retrait de la paroi costale on suppose une symphyse cardiaque. Diagnostic : *péricardite*. Les accès d'étouffement deviennent très fréquents ; peut-être la matité a augmenté. On se décide de faire la ponction.

La ponction est faite au niveau du cinquième espace intercostal gauche et en dehors du mamelon. On en retire environ 180 grammes du liquide sanguinolent. Le lendemain on constate les signes de l'épanchement à la base gauche. La ponction est faite et le caractère du liquide est le même que celui retiré précédemment. Le diagnostic de péricardite pur est ébranlé, et on pense à une *pleurésie médiastine avec péricardite déjà ancienne*. L'enfant va mieux et n'a plus d'accès d'étouffements. On pense de le renvoyer à la campagne. A la Roche l'enfant reste à peu près deux mois. Son état ne s'améliore pas très vite. Dans les derniers temps, il a les jambes enflées, et on s'aperçoit que son ventre est plus gros. L'enfant est revenu de la Roche et son état est sensiblement le même que lors de son départ.

On le ramène de nouveau à l'hôpital pour le montrer comme cela avait été convenu.

L'enfant présente la figure bouffie et très pâle, les malléoles enflées : le ventre est assez volumineux. Rien dans la poitrine, sauf une diminution de la respiration à droite ; le foie est gros ; le cœur présente manifestement une symphyse au niveau de sa pointe. Diagnostic : *péricardite ancienne avec foie cardiaque*. Après deux jours de son entrée l'enfant a présenté des phénomènes éclamptiques qui se sont répétés plusieurs fois jusqu'à 10 dans la journée. Urine : légère quantité d'albumine. Traitement : lait, saignée à droite et inhalation de chloroforme au moment de l'accès, lavement au chloral.

L'enfant dépérit de jour en jour, devient bleu et agité la nuit, de sorte qu'il finit par succomber.

AUTOPSIE. — Les deux feuillets du péricarde étaient considérablement épaissis. La face externe était parsemée de petits tubercules. Il y avait en outre des adhérences au sternum et à la plèvre droite et gauche. Le feuillet pariétal épaissi, granuleux, présentait à la face

interne de nombreuses fausses membranes. Environ 250 grammes de liquide citrin le séparaient du feuillet viscéral. Celui-ci, très adhérent au cœur, présentait également des fausses membranes. Il y avait en outre entre les deux feuillets du péricarde une sorte de tractus fibreux formant l'adhérence de la pointe et rendant très bien compte du phénomène du retrait de la paroi au moment de la systole. Au niveau de la racine des bronches et tout le long du hile du poumon du côté droit existait une masse de ganglions tuberculeux et leur fréquence expliquait parfaitement l'existence du souffle du côté droit qu'on percevait à l'auscultation pendant la vie.

Pas d'adénopathie sous-maxillaire. Les plèvres médiastine et pulmonaire étaient couvertes de fausses membranes et parsemées de nombreux tubercules qu'on voyait à l'œil nu.

Au sommet du poumon droit on trouvait de nombreux tubercules sans inflammation et sans trace d'anciennes granulations tuberculeuses.

Les méninges laissaient apercevoir à gauche, au niveau du pli courbe une plaque de méningite tuberculeuse récente. Derrière elle, plongeait en plein tissu cérébral, à la manière d'un coin, un gros tubercule déjà ancien, jaune et ramolli à son centre.

Le foie et les reins étaient cardiaques.

L'examen microscopique permit de constater la présence de follicules tuberculeux dans le péricarde et de tubercules embryonnaires dans l'exsudat.

Réflexions. — Cette observation, dont nous n'avons pu donner que le résumé, est très intéressante au point de vue clinique.

Voilà un enfant souffrant depuis un mois environ et soigné au début pour une fièvre muqueuse. Au moment de son entrée on constate tous les signes d'une péricardite avec phénomènes d'oppression et de cyanose. On fait la ponction et on retire 150 grammes de liquide hémorrhagique. Le lendemain l'examen démontra l'existence d'épanchement dans la plèvre gauche. Une ponction exploratrice donna issue au même liquide hémorrhagique. On put ainsi vérifier le diagnostic d'une pleurésie médiastine et non d'une péricardite. Le diagnostic de péricardite a été posé au début parce que le cœur n'était

pas déplacé comme c'est la règle dans la pleurésie médiastine.

Il s'agissait probablement ici d'une tuberculose primitive des plèvres médiastines avec généralisation sur le péricarde qui a amené des adhérences de son feuillet externe ; puis épanchement consécutif dans le médiastin et le péricarde.

OBSERVATION IV (personnelle).

*Pleurésie séro-fibrineuse à localisation surtout médiastine. —
Épanchement abondant sans ampliation thoracique.*

G..., âgé de 11 ans, entré salle Bouchut, lit n° 23, le 20 avril 1891.

Antécédents héréditaires. — Père, 42 ans, alcoolique. Mère, 42 ans, bien portante. A eu 4 enfants, 2 vivants ; les 2 autres sont morts :

L'un à 11 mois de méningite ; l'autre à 3 ans au milieu de convulsions.

Le grand-père maternel mort à 45 ans d'une fluxion de poitrine.

Antécédents personnels. — Né à terme. Elevé au sein par la mère à Paris. A marché à 13 mois. Son intelligence paraît normale. A eu la rougeole à 5 mois ; la petite vérole à 9 mois et une bronchite à 2 ans.

Depuis cette époque l'enfant s'est toujours bien porté.

Il y a environ un mois, il fait une chute d'un trapèze sur une pierre. Il se heurte le côté gauche au-dessous de l'aisselle. Ce traumatisme n'a d'abord eu aucune suite immédiate. Le soir même il reprenait ses jeux et ses habitudes.

Début de la maladie. — Mardi dernier, à la suite d'exercices de bataillon scolaire l'enfant prend froid et rentre chez lui avec des frissons. Dans la nuit la fièvre se déclare ; depuis ce moment il va mieux le matin, mais il est forcé le soir de se mettre au lit. Il tousse par quinte pendant la nuit et la toux provoque de la douleur au côté gauche. Il expectore des crachats épais, jaunâtres et striés de sang. La fièvre est vive le soir et accompagnée de délire assez violent.

Dimanche, son état n'étant pas amélioré, la mère se décide à le faire entrer à l'hôpital.

État actuel. — 21 avril. — Matité *en arrière* et à gauche jusqu'à l'épine de l'omoplate. Respiration à peine appréciable dans toute cette étendue, sauf au tiers moyen du poumon, où on perçoit une respiration soufflante. Les vibrations sont très diminuées au niveau de la matité. *En avant*, on constate un réseau veineux bleuâtre, assez développé sur le thorax et sur les épaules, et plus développé du côté gauche que du côté droit. A la percussion, dans l'étendue d'un travers de doigt au-dessous de la clavicule, ainsi que sur elle, sonorité tympanique. Immédiatement au-dessous, au niveau de la deuxième côte, matité qui s'étend jusqu'au-dessous de la pointe du cœur, dépassant celle-ci d'environ deux travers de doigt.

Les vibrations thoraciques sont exagérées au niveau du tympanisme et sont au contraire très affaiblies partout où l'on constate de la matité. On trouve le souffle ayant peu le timbre du souffle pleurétique entendu vers le tiers moyen du poumon en avant. Le maximum de la systole cardiaque se trouve refoulé à droite.

Dans l'aisselle, sonorité perçue à trois travers de doigt au-dessous du sommet de l'aisselle.

Une ficelle tendue entre la partie moyenne de la fourchette sternale et le milieu de la symphyse pubienne coupe sensiblement le sternum en deux parties égales. Une ponction exploratrice est faite avec la seringue de Pravaz, on retire un liquide séro-fibrineux. Une injection de ce liquide est faite à deux souris et à un cobaye qui ne meurent pas.

L'après-midi du 21, M. le professeur Grancher constate les signes suivants :

Le médiastin est refoulé à droite dans une proportion très notable. La percussion fait constater de la matité au niveau de la première pièce du sternum et à plus d'un travers de doigt à droite du sternum. Le maximum des signes physiques est en avant à la hauteur du médiastin. Le cœur est refoulé ; le maximum des battements est à droite du sternum. Il y a un léger effacement de l'espace de Traube. Les espaces intercostaux paraissent même plus développés du côté

droit que du côté gauche, non seulement à la vue, mais encore lorsqu'on prend alternativement entre les deux mains chaque côté du thorax. On constate une voussure de la région antérieure. Les côtes ont résisté à l'épanchement.

En somme le liquide, inégalement réparti, siège surtout en avant et dans le médiastin, et l'on peut faire le diagnostic de *pleurésie à localisation spéciale avec congestion pulmonaire*.

23. — On entend en arrière la respiration plus bas, mais la matité présente sensiblement la même étendue.

Dans l'aisselle la matité s'étend moins bas et la respiration soufflante s'entend dans une étendue plus grande. En avant, l'espace de Traube est redevenu presque sonore. La pointe du cœur paraît battre maintenant à peu près au lieu d'élection. La matité persiste au niveau du sternum, mais en dehors de lui, à droite, la sonorité est redevenue normale.

24. — Hier au soir et cette nuit l'enfant a eu une diarrhée très fétide, couleur « terre glaise ».

En arrière la sonorité est revenue dans plus du tiers supérieur du poumon.

La sonorité s'entend un peu plus bas. Submatité seulement au niveau de la deuxième côte au lieu de la matité qu'on percevait auparavant. On perçoit quelques râles sous-crépitants gros au-dessus du mamelon.

Traitement. — Vésicatoire de 7/10^{es} sur le côté gauche. Sulfate de quinine.

2 mai. — Dans la région postérieure et à gauche matité en arrière jusqu'à l'épine de l'omoplate. La respiration est très lointaine à la partie inférieure. Les vibrations sont affaiblies à la base. Egophonie très manifeste. Pectoriloquie aphone.

Matité dans toute la région.

La respiration est à peine perceptible dans l'aisselle.

En avant, depuis le deuxième espace matité qui envahit presque complètement l'espace de Traube. Diminution des vibrations à ce niveau. La pointe du cœur bat à deux travers de doigt du sternum. La matité déborde le sternum d'un travers de doigt du côté droit.

La respiration affaiblie. A la partie supérieure le souffle ayant plutôt le caractère tubaire.

On pratique une ponction avec l'appareil Potain, mais aucun liquide ne sort, et lorsqu'on retire le trocart par la petite plaie cutanée, il s'échappe un moule fibrineux d'environ deux centimètres qui obstruait la canule du trocart.

Nouvelle ponction pratiquée immédiatement après, dans le 8^e espace, un peu en avant de la précédente et sur la ligne axillaire. On retire 850 grammes d'un liquide jaune-clair, séro-fibrineux. On s'arrête parce que l'enfant est pris de toux.

16. — En avant, à la percussion, tonalité plus élevée jusqu'à la troisième côte ; à partir de la troisième côte en dedans du mamelon jusqu'à la sixième côte, véritable matité. En dehors du mamelon, cette matité se prolonge jusque dans l'aisselle au niveau des 5^e et 6^e côtes. La pointe du cœur bat au niveau de la cinquième côte à gauche à 5 cm. 1/2 du sternum. La respiration est très affaiblie au tiers moyen du poumon gauche en avant. Sous la clavicule elle est également un peu faible et rude.

Dans l'aisselle gauche on perçoit des frottements. En arrière dans toute l'étendue du poumon gauche, le son de percussion est affaibli et la respiration est moins forte.

L'enfant se lève depuis deux jours et s'en trouve bien. Il est suffisamment robuste. Il mange bien. Il demande à quitter l'hôpital. Avant sa sortie on examine l'enfant de nouveau et on constate dans tout le côté droit une respiration un peu exagérée ; au sommet elle est même un peu rude ; les vibrations thoraciques, la sonorité sont également exagérées.

Du côté gauche, en avant, au sommet, on retrouve encore le tympanisme sous-claviculaire, les vibrations sont diminuées, la respiration est basse et sourde. En arrière, il y a de la matité à la base, de la submatité à la partie supérieure du thorax ; les vibrations sont diminuées ; elles sont même abolies dans toute la moitié inférieure ; le murmure vésiculaire est beaucoup plus faible qu'à l'état physiologique chez l'enfant. Il faut que la plèvre soit restée épaissie ; il y a peut-être aussi encore une certaine congestion et une certaine in-

duration pulmonaire, la matité sous-sternale persiste encore en partie. Il n'y a pas, comme on voit, ni dans le poumon gauche, ni dans le poumon droit, un seul point qui respire physiologiquement.

RÉFLEXIONS. — Où le malade a-t-il pu loger cette quantité d'épanchement (850 grammes) qui est considérable pour la poitrine d'un enfant, vu encore l'absence d'ampliation thoracique et le manque de dilatation des espaces intercostaux ? La première idée qui se pose et qui est celle à laquelle s'est arrêté M. Grancher est celle-ci : en admettant que l'épanchement avait son siège maximum vers le médiastin, son explication devient des plus faciles. Par suite de ce siège, c'est en effet le médiastin qui s'était trouvé refoulé en masse, tandis que ni la paroi thoracique, ni les espaces intercostaux n'ont été modifiés. Ce refoulement avait amené un déplacement considérable du cœur et aussi, par suite du déplacement du gros tronc veineux de la base, la gêne de la circulation. La matité de la région sternale s'expliquait d'elle-même par le fait de l'épanchement. Cette explication donne en même temps l'interprétation des différents symptômes constatés chez cet enfant.

OBSERVATION V.

Pleurésie médiastine (due à l'obligeance de M. le Dr MARTIN de GIMARD, chef de clinique).

B... (Henri), âgé de 17 mois, entré salle Bouchut, le 7 juin 1892, lit n° 12.

Antécédents héréditaires. — Père très bien portant ; grand-père paternel mort vers 70 ans de débilité ; grand'mère vit encore ; elle a 74 ans.

Mère bien portante, pas de maladie ; grand-père maternel, très bonne santé ; grand'mère maternelle est névropathe.

Un autre enfant de 9 ans, bien portant maintenant, a eu une coxalgie vers 15 mois.

Antécédents personnels. — L'enfant est âgé de 17 mois. Né à terme ; nourri au sein par sa mère jusqu'à 15 mois ; a marché à 13 mois, 15 dents à 16 mois.

Pas de rougeole. Pas d'autres maladies antérieures.

Histoire de la maladie. — L'enfant est malade depuis 2 mois. Après avoir eu un léger refroidissement il s'était peu à peu rétabli, quand, il y a 2 mois, il a eu de nouveau la fièvre et des vomissements alimentaires immédiatement après avoir ingéré les aliments.

Les vomissements ont duré à peu près 8 jours et ils avaient lieu surtout quand on forçait l'enfant à manger.

Le médecin appelé à ce moment a jugé qu'il n'y avait que peu de chose dans la poitrine. Il a ordonné une potion avec du sirop de belladone et 1 gramme d'antipyrine pour couper la fièvre toujours très forte et qui empêchait l'enfant de manger.

Les choses sont restées dans cet état pendant un mois environ, l'enfant allant tantôt mieux, tantôt mal. Le médecin mettait l'état de fièvre sur le compte d'une dent à percer. Puis le médecin reste environ un mois sans voir l'enfant. Sur ces entrefaites, l'enfant ayant percé sa dent et son état ne s'améliorant pas, la mère le conduisit au médecin qui le trouva très changé, l'ausculta et conseilla à la mère de l'amener à l'hôpital, parce qu'il avait quelque chose à la poitrine.

7 juin. — On trouve en avant et à gauche sous la clavicule une voussure appréciable au-dessus et au niveau du mamelon. La mensuration thoracique à ce niveau accuse une différence de un centimètre avec celle du côté opposé. Matité absolue dans toute la région sous la clavicule et au-dessous de la clavicule.

La matité déborde la ligne axillaire et s'arrête au niveau de la ligne axillaire antérieure par une courbe à concavité interne (1).

En bas, l'espace de Traube est en partie mat, et la matité s'étend jusqu'à la 6^e côte.

Au niveau de la voussure on constate la saillie des espaces inter-

(1) En percutant l'enfant dans la position assise on constate, immédiatement sous la clavicule, là où il existait de la matité pendant que l'enfant était dans le décubitus dorsal, une *zone tympanique* qui, à partir de la première côte, se confondait avec de la matité.

costaux. La pointe du cœur est refoulée du côté du sternum à environ un travers de doigt du bord du sternum (1).

La rate dépasse les fausses côtes de deux travers de doigt. Au niveau de la voussure, absence du murmure respiratoire.

En arrière, affaiblissement de la respiration et sonorité conservée dans toute l'étendue du poumon.

La respiration supplémentaire à droite. Un peu de rachitisme du membre (gonflement des épiphyses inférieures des avant-bras.

Crâne gros ; la présence d'une hernie ombilicale.

Quelques ganglions dans les aines et les aisselles.

L'enfant a été primé dans un concours de bébés.

8. — On fait une ponction exploratrice avec une aiguille de Pravaz dans la région antérieure et supérieure de la poitrine, mais sans résultat.

11. — On fait une deuxième ponction exploratrice avec l'aiguille de Pravaz. On retire une petite quantité de liquide ayant l'aspect du sang. On l'examine au microscope et l'on trouve des globules rouges, la plupart sont crénelés ; des globules blancs en grande quantité ; des globules rouges à noyaux et des éléments pâles aussi nombreux que les globules du sang.

17. — La matité est diminuée d'étendue. Elle n'atteint plus la région axillaire antérieure.

Le souffle s'entend assez bas jusque vers la partie moyenne de la matité.

Râles sous-crépitants à la périphérie de la matité vers la ligne axillaire.

En arrière, râles sous-crépitants.

21. — Le même état.

23. — Râles sous-crépitants fins à la base droite. Râles sous-crépitants à frottements fins dans toute la hauteur du poumon gauche en arrière.

Dans l'aisselle gauche souffle aigu en un point assez limité avec râles sous-crépitants gros.

(1) Il existait une différence manifeste des deux poulx. Celui du côté gauche était à peine perceptible, tandis que à droite on le sentait très bien. •

En avant sous la clavicule gauche râles sous-crépitaunts. Au niveau du centre de la matité quelques râles sous-crépitaunts.

La pointe du cœur bat dans le 5^e espace à 5 travers de doigt du sternum, à 2 travers de doigt des fausses côtes gauches. Le foie déborde les fausses côtes. On trouve à gauche une masse arrondie, difficile à percevoir, mais qui paraît être la rate.

La matité splénique du reste avait dans son diamètre vertical 4 travers de doigt.

Pas de raideur de la nuque. Toute la nuit l'enfant s'est plaint.

25. — On se décide de faire la ponction avec l'appareil Potain, mais craignant l'invasion d'une rougeole on ajourne la ponction. La mère ramène l'enfant chez elle.

30. — L'enfant a fait une rougeole légère et sans complication. Nous avons constaté une modification sensible des phénomènes locaux. L'état général n'est pas moins satisfaisant.

Les signes physiques sont les suivants : la matité a considérablement diminué, il n'existe qu'une bande mate au niveau de la 3^e côte ; la zone tympanique sous la clavicule persiste et semble même un peu augmentée. Le cœur est revenu à sa place. A l'auscultation, on entend en avant quelques râles, le murmure vésiculaire est encore affaibli ; pas de souffle. Quelques râles disséminés en arrière et à la base. L'enfant paraît plus gai ; le sommeil un peu troublé la nuit.

5 juillet. — Depuis 2 jours l'enfant tousse et a de la fièvre (38°5) ; il paraît très abattu et très pâle, avec une légère cyanose aux lèvres. La voussure pré-sternale nous semble plus apparente ; la matité a sensiblement augmenté ; la zone tympanique sous la clavicule est moins nette ; le cœur est refoulé à droite et bat à peu près au niveau du bord gauche du sternum. En arrière et au sommet gauche, il existe de la submatité ; la respiration légèrement soufflante au niveau du hile du poumon est affaiblie au niveau de la matité.

Des gros râles de bronchite disséminés dans toute la poitrine ; le ventre est ballonné. L'état de l'enfant a complètement changé depuis quelques jours et l'existence d'une tuberculose ne peut pas être mise en doute.

RÉFLEXION. — Cette observation diffère des précédentes par la lo-

calisation de l'épanchement à la partie supérieure du médiastin du côté gauche ; la voussure a été moins étendue mais très appréciable ; la matité se prolongeait en dehors jusqu'à la ligne axillaire antérieure et en dedans jusqu'à la partie moyenne du sternum. Le cœur a été refoulé. Au début le diagnostic entre une tumeur et une pleurésie médiastine a été très hésitant, cependant notre diagnostic s'est affirmé par la marche des symptômes constatés dans les derniers temps.

CONCLUSIONS

L'étude que nous venons de faire de la pleurésie médiastine n'étant basée que sur un nombre relativement restreint d'observations, vu la rareté de l'affection et l'absence de mémoires antérieurs développés sur la question, nous ne pouvons pas émettre sur beaucoup de points de conclusions définitives.

Nous nous bornerons donc à relever ici les faits suivants qui ressortent particulièrement de notre travail :

I. — Au point de vue de l'étiologie, la tuberculose paraît être une cause fréquente de pleurésie médiastine ;

II. — L'affection paraît siéger plus souvent à gauche qu'à droite ;

III. — La symptomatologie se rapproche par beaucoup de caractères de la péricardite, au point que la confusion entre les deux maladies pendant la vie a été pour ainsi dire habituelle.

IV. — Les éléments de diagnostic que nous avons rapportés au chapitre VII peuvent être cependant suffisants pour la distinguer dans la grande majorité des cas.

V. — Le traitement de la pleurésie médiastine consiste, avant tout, dans la ponction effectuée dans les conditions ordinaires de la thoracentèse.

Vu :

Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu :

Le Président de la thèse,
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot, Saint-Dizier (Haute-Marne), 30, Passage Verdeau, Paris.
